

## تطابق بالینی سنگ پا را نشیمن کبدی بصورت پنجگانه ثانوی

نگارش

دکتر عبدالصمد رفعت

دستیار بخش پزشکی

بیمارستان پهلوی

دکتر فضل الله معتضدی

رئیس بخش وابسته و دانشیار

بخش پزشکی بیمارستان پهلوی

تشخیص بالینی بیماری همیشه آسان نبوده، علائم غیرطبیعی پزشک را گمراه  
مینمایند بنظر ما مفید آمد شرح حال بیماری را که مؤید این نظریه است انتشار داده  
از خاطر همکاران محترم بگذرانیم:

خانم ر. ش بیماری است ۴۸ ساله که در تاریخ ۲۵/۵/۲۷ بعلت یرقان شدید و  
حالات عمومی بد به بخش پزشکی بیمارستان پهلوی مراجعه نمود از چهار ماه قبل دچار  
تهوع کم اشتیائی نفخ شکم و یبوست شده قوایش روز بروز نقصان یافته از دو ماه قبل  
هم حس سنگینی و درد هیپوکندر طرف راست به آن اضافه شده است این درد خود  
بخود بوده انتشار مخصوصی نداشته فشار روی کبد آنرا شدیدتر مینمود یرقان بیمار  
از همین موقع شروع و تدریجاً زیادتر میگردد.

هنگام ورود، بیماری است لاغر مبتلا به یرقان جای خارش در سرتاسر بدن  
مشهود بوده مدفوع همیشه سفید املاح ورنک دانه های صراوی در ادرار وجود داشته  
بطوریکه تشخیص یرقان انسدادی مطرح گردید.

در معاینه آسیت متوسط آزادی از نوع ترانسودا حفره صفاق را پر نموده  
جریان وریدی خفیفی اطراف شکم را پوشانیده طحال کمی از دنده ها خارج گردیده  
به خصوص بزرگی کبد جلب نظر مینمود.

کبد با اندازه چهار بند انگشت از کنار تحتانی دنده ها تپناور کرده بعلاوه  
برآمدگیهای متعددی به ابعاد مختلف و مجزی از یکدیگر در سطح آن محسوس بوده

کاملاً نمای کبد بلوطی را باین عضو میداد کیسه صفرا حس نگردیدرالهای احتقانی در قاعده ریتین شنیده شده مختصر مایعی در دو جنب وجود داشت .

قلب بیمار بدون ضایعه عضوی فشار خون ۶-۱۰ صداهای قلب کمی ضعیف قرعات نبض ۵۸ در دقیقه امتحان سایر دستگاهها طبیعی است .

بیمار تبهای نامنظم در حوالی ۳۸ نموده روز بروز لاغرتر و کم اشتها تر شده ولی بی اشتھائی رجحانی نیست .

کبد بلوطی ما را بفکر چنگار ثانوی این عضو انداخته یرقان انسدادی را منوط بفشار یکی از ندولهای چنگاری روی مجاری صفراوی دانسته آسیت را مربوط بفشار روی ورید باب پنداشته پری هپاتیت را مسئول درد و بیحرکتی کبد دانسته سن پیشرفته بیمار و حالت عمومی بداین تشخیص را تأیید مینمودند .

امتحاناتی که برای تجسس سرطان اولیه بعمل آمد بی نتیجه ماندند .

رادیوسکپی دستگاه گوارشی توموری نشان نداده توشه رکتال و توشه واژینال طبیعی بودند .

آزمایشهایی که از بیمار بعمل آمد همگی طبیعی بوده فقط کمترین خون کمی بالا در حدود ۲ گرم بود .

بیمار باتشخیص چنگار ثانوی کبد مدت بیست روز در بخش پزشکی بستری و باعلام کاشکسی فوت نمود ما هم بیش از پیش در تشخیص خود ثابت بوده معذک برای تعیین نوع سرطان و تجسس سرطان اولیه اقدام به اتوپسی نمودیم .

در کالبدگشائی - قلب و ریتین بدون ضایعه عضوی ، مختصر مایعی در دو جنب وجود داشته آسیت در حدود دو لیتر بوده در معده ، رودها و دستگاه زهاری توموری مشاهده نگردید کیسه صفرا کمی صغریافته بود .

مشاهده کبد هنوز تشخیص قطعی را معین نمی نمود چه در تمام سطح کبد برجستگی هائی باابعاد مختلف وجود داشتند که در اولین برخورد بصورت همان تومورهای چنگاری تظاهر مینمودند . شگفت اینکه در موقع قطع کبد ، چاقو مواجه با اجسام بسیار سختی میشد که قابل بریدن نبوده و در واقع سنگهای متعددی بزرگی

يك نخود تا يك گردو بودند که عده‌ای از آنها در داخل مجاری صفراوی درون کبدی جایگزین بوده عده‌ای دیگر هم در بافت اصلی کبد قرار گرفته تولید برآمدگی در سطح کبد نموده ما را بفکر چنگار ثانوی انداخته بود سنك مجاری صفراوی درون کبدی و سنك خود پارانشیم کبد چندان نادر نبوده و تقریباً ۵ تا ۱۰ درصد سنگهای صفراوی را تشکیل میدهند منتهی تشخیص کلینیکی اغلب مشکل و بیشتر در اتوپسی است که میتوان بوجود سنگهای کوچکی در داخل مجاری صفراوی درون کبدی و پارانشیم کبدی پی برد و خیلی کمتر اتفاق می افتد که سنگهایی باین زیادی و بزرگی تمامی بافت کبد را پوشانده نمای کبد بلوطی را باین عضو بدهد .

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....